

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Matheus Maluf Pantaleão

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO FLUXO DE REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINICIUS DE
MORAIS, EM PLANURA-MINAS GERAIS**

Uberaba / Minas Gerais

2020

Matheus Maluf Pantaleão

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO FLUXO DE REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINICIUS DE
MORAIS, EM PLANURA-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Marco Túlio de
Freitas Ribeiro

Uberaba / Minas Gerais

2020

Matheus Maluf Pantaleão

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO FLUXO DE REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VINICIUS DE
MORAIS, EM PLANURA-MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professor Dr. Marco Túlio de Freitas Ribeiro. Faculdade de Odontologia Pitágoras

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest.

Aprovado em Belo Horizonte, em -- de ----- de 2020.

Dedico este trabalho aos meus pais, que nunca mediram esforços e sempre me apoiaram.

RESUMO

O município de Planura é considerado pequeno, principalmente com relação ao nível estrutural e populacional da cidade, a maior parte dos recursos são geridos pelo Estado, e apenas uma pequena parte sob gestão centralizada no município. O sistema de saúde do município conta com atenção básica apenas, de maneira que condições que exijam níveis de maior complexidade para atendimento do paciente dentro dos parâmetros do Sistema Único de Saúde, é necessário que o médico tenha um centro de referência para encaminhar este paciente, sendo que esse município é Frutal, ou Uberaba para casos de maior complexidade. O presente trabalho apresentou a realidade do guia de referência/contrarreferência, com o objetivo de apresentar um projeto de intervenção para melhoria do fluxo de referência e contrarreferência da ESF Vinícius de Moraes, no município de Planura, Minas Gerais. Foi feita uma revisão de literatura e elaborado um Plano de Intervenção para resolução dos problemas com referenciamento/contrarreferenciamento. Desta forma, através da elaboração dos nós críticos, bem como a análise dos mesmos, foram desenvolvidos os critérios para aplicação do guia de referência/contrarreferência.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde, Encaminhamento e Consulta. Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

The municipality of Planura is considered small, mainly with regard to the structural and population level of the city, most of the resources are managed by the State, and only a small part under centralized management in the municipality. The health system of the municipality has only primary care, so that conditions that require more complex levels for patient care within the parameters of the Unified Health System, it is necessary that the doctor has a reference center to refer this patient, this municipality is Frutal, or Uberaba for more complex cases. The present work presented the reality of the reference / counter-reference guide, with the objective of presenting an intervention project to improve the flow of reference and counter-reference of the ESF Vinícius de Moraes, in the municipality of Planura, Minas Gerais. A literature review was carried out and an Intervention Plan was developed to solve problems with referencing / counter-referencing. In this way, through the elaboration of the critical nodes, as well as their analysis, the criteria for the application of the reference / counter-reference guide were developed.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Secondary Health Care, Referral and Consultation. Clinical Protocols.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio da Saúde da Família |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UMH | Unidade Mista Hospitalar |
| SIOPS | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TFD | Tratamento Fora do Domicílio |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1-** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Vinícius de Moraes, município de Planura, estado de Minas Gerais. 15
- Quadro 2** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desvalorização do uso das guias de referência e contrarreferência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, do município de Planura, estado de Minas Gerais. 25
- Quadro 3** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso incorreto de guia de referência e contrarreferência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, do município de Planura, estado de Minas Gerais. 26

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 10 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 10 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 11 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Alvanir Batista Oliveira | 13 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, da Unidade Básica de Saúde Alvanir Batista Oliveira | 13 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vinicius de Moraes | 13 |
| 1.7 O dia a dia da equipe Vinícius de Moraes | 14 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 14 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 15 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 17 |
| 3 OBJETIVOS | 18 |
| 3.1 Objetivo geral | 18 |
| 3.2 Objetivos específicos | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 18 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 20 |
| 5.1 Estratégia Saúde da Família | 21 |
| 5.2 Atenção Primária à Saúde | 21 |
| 5.3 Referência e Contrarreferência | 21 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 24 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 24 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) | 24 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 24 |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) | 24 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 25 |
| REFERÊNCIAS | 27 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Planura é localizado no Triângulo Mineiro, divisa de Estados Minas Gerais (MG) e São Paulo (SP), se limitando ao oeste com Frutal/MG, ao norte com Pirajuba/MG, ao leste Conceição das Alagoas/MG e ao Sul com Colômbia/SP, distando 589,6 km da capital do Estado, Belo Horizonte (PLANURA, 2018). Tem 11.968 habitantes, com uma área total do município de 317,520 km² e densidade demográfica, de 32,70 hab/km² (BRASIL, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Planura foi de 0,712 em 2010 e o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 1546^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil (BRASIL, 2019).

Segundo informações colhidas durante a estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018), a cidade teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas usinas de cana, de modo que esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social.

Informantes chave destacam que devido à sua situação geográfica estratégica, ela tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas de Minas Gerais para São Paulo, com todas as consequências desse fato, um aumento da violência e do consumo de drogas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

1.2 O sistema municipal de saúde

Planura caracteriza-se por ser um município pequeno e de gestão estadual, ou seja, os recursos em sua maioria são geridos pelo Estado. Os demais repasses são gerenciados pelo Fundo Municipal de Saúde de Planura. Segundo o planejamento municipal de saúde de Planura de 2018 a 2021, o município faz parte dos Colegiados

de Secretários Municipais de Saúde da Macrorregião do Triângulo do Sul, que é composta por 27 municípios, divididos em três microrregiões, local onde se pontua debate e cria embates no tocante a pontos primordiais na assistência à saúde na região do Triângulo do Sul. Com o investimento muito acima do mínimo constitucional (15%), o município oferece um serviço de saúde acessível ao usuário, de maneira que acaba sendo responsabilizado em arcar com o financiamento das ações de saúde de outras esferas governamentais (União e Estado). Em 2015, segundo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foram gastos R\$: 12.776.307,26 na saúde, sendo 439,69 reais por habitante, acima da média do Brasil. Foi transferido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) R\$: 3.124.862,52, além da despesa paga por recursos próprios do município no valor de R\$: 10.120.723,96 (BRASIL, 2019).

Planura possui três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), Odilon Lacerda, Vinicius de Moraes e Orlando Gangini, estimando a cobertura de 86,48% da população do município (BRASIL, 2019). Porém, no momento, a unidade onde atua a ESF Orlando Gangini, está em reforma, e sua equipe foi dividida entre as outras duas ESF, sobrecarregando as unidades devido à falta de espaço físico para tal necessidade.

A cidade não possui um Hospital tendo apenas uma Unidade Mista Hospitalar (UMH) com atendimento no pronto-socorro de 24 horas, mas não são realizados exames laboratoriais durante o período noturno e nenhum exame de imagem, pois não possui aparelho de radiografia, porém, tem aparelho de ultrassonografia. Ademais, a UMH também está em reforma, o que leva a dificuldade em seus atendimentos e impossibilitando internações piorando a saúde na atenção secundária e conduções de casos médios e graves.

O Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) tipo 2, apresenta médico ginecologista e obstetrícia, pediatra, cardiologista, educador físico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, efetivando as ações de promoção e prevenção na Atenção Básica, porém o fisioterapeuta e psicólogo estão com suas agendas lotadas com pacientes crônicos e com dificuldade para iniciar acompanhamento de pacientes novos.

A Saúde Bucal é bem coberta, porém há uma grande falta de conscientização e educação na higiene bucal de crianças.

A Vigilância em Saúde, composta pela Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Promoção da Saúde e Vigilância Epidemiológica, tem poucos funcionários, levando ao excesso de trabalho das equipes e dificultando os serviços. Ocorre o mesmo no laboratório, tendo enormes atrasos em exames laboratoriais de rotina, levando a dificuldade no acompanhamento em doenças crônicas.

Os atendimentos do município são totalmente voltados aos casos agudos, logo a maioria dos atendimentos são a livre demandas, são poucos atendimentos agendados, e muitas das vezes são perdidos por falta ou desistência e colocado outro no local como encaixe. A falta de exames de imagens e a dificuldade para conseguí-los, acarreta muitos encaminhamentos para a especialidade da ortopedia, seja trauma ou crônico, estes muitas das vezes são referidos para Frutal, Conceição das Alagoas ou Uberaba. A contrarreferência não existe seja municipal ou intermunicipal, ou entre os diferentes níveis da saúde, o município não apresenta nem uma guia para a mesma. Ocorre também do paciente fazer atendimento no particular e querer manter o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem trazer um parecer dificultando ou atrasando a condução do caso, e ocorre o mesmo entre as ESF como a demanda é livre, dificilmente um paciente mantém seguimento com um médico, pois um dia passa por você, porém, no outro, não tem vaga e ele prefere ir em outra unidade para ter atendimento rápido do que agendar ou esperar a consulta para dar seguimento e retorno. E temos muitas das vezes casos graves, que necessitam de internação, não tem como fazer o mesmo, pois a UMH está em reforma e não tem local para o paciente ficar e você tem que conduzir o caso via ambulatorial, sobrecarregando a ESF necessitando de retornos diários para seguimento do mesmo, principalmente nesta época de epidemia da dengue..

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade onde a ESF Vinicius de Moraes, na qual se desenvolveu este trabalho, conta com pouco menos de 4.000 habitantes e se localiza próximo à prefeitura em um

bairro com boas estruturas. As ruas são asfaltadas e possui 100% de coleta de lixo e saneamento básico. As moradias são de alvenaria.

A população é cordial e frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS) Alvanir Batista Oliveira, mantendo no geral bom relacionamento com os profissionais. Nos últimos anos, a demanda da população pelos serviços da UBS tem aumentado, em virtude da crise econômica, que levou muitos pacientes a perderem os convênios de saúde. No bairro há duas escolas, uma municipal e outra estadual, a classe média costuma matricular seus filhos em escolas particulares nas cidades vizinhas como Frutal-MG e Barretos-SP. Os adultos trabalham em sua grande maioria nas usinas de cana de açúcar e na cervejaria que surgiu recentemente em Frutal, ou nas cidades vizinhas, neste caso destaca-se Frutal e Conceição das Alagoas. A população conta com serviços oferecidos por projetos, como academia e ginástica na praça, organizados e controlados pela Secretaria Municipal de Saúde. A violência tem crescido nos últimos anos, trazendo tensão para moradores e profissionais. Na UBS Alvanir Batista Oliveira atua a equipe de saúde da família: ESF Vinicius de Moraes. As equipes têm apoio do NASF, que conta com profissionais de fisioterapia, pediatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e ginecologia.

A comunidade também possui uma creche e uma casa lar para idosos, no entanto todas as duas estão lotadas e com uma longa lista de espera para que consiga uma vaga.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Alvanir Batista Oliveira

A UBS de Dr. Alvanir Batista Oliveira foi inaugurada há cerca de seis anos e está situada na Rua Araxá, nº 674, Vila Olímpica. É um prédio próprio, construído para ser a unidade de saúde. O prédio está bem conservado. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (2.180 pessoas). A estrutura da unidade é adequada, possibilitando o atendimento da comunidade com bastante conforto. A sala de espera é grande, porém, no momento está com cadeiras insuficientes devido a junção de uma parte da ESF que está em reforma. Contamos com a sala de reunião onde reunimos para as discussões de casos clínicos e problemas da comunidade. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com

os recursos adequados para o trabalho da equipe, possui também material para pequenos procedimentos, e um aparelho de eletrocardiograma.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vinicius de Moraes, da Unidade Básica de Saúde Dr. Alvanir Batista Oliveira

A equipe é formada por três profissionais responsáveis pela vacinação, sendo um enfermeiro e duas técnicas de enfermagem, outros três responsáveis pela enfermagem da ESF, sendo uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, um médico, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma pessoa responsável pelos serviços gerais e de limpeza, duas recepcionistas, uma dentista e uma auxiliar de dentista, além de um enfermeiro e técnica de enfermagem responsáveis pela vacinação.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vinicius de Moraes

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 17:00 horas. Devido à falta constante de profissionais de enfermagem no município, os ACS estavam se revezando no serviço de retirada de prontuários e pesagem dos pacientes. Com a chegada de técnicas de enfermagem, os ACS foram todos direcionados para suas atividades de visita. O novo prefeito instaurou a abertura da UBS às 7:00 horas, uma hora antes do horário costumeiro. Como não há funcionários suficientes, das 7:00 horas às 8:00 horas funciona o setor administrativo, e a partir das 8:00 horas os profissionais de saúde chegam para começar o atendimento aos usuários, deixando a unidade às 17:00 horas, cumprindo as oito horas de trabalho.

1.7 O dia a dia da equipe Vinicius de Moraes

O tempo da equipe Vinicius de Moraes está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, renovação de receitas.

Atualmente não há horário definido para as reuniões de equipe, que acontecem esporadicamente, quando há necessidade de alguma resolução pontual.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após realização de reunião e discussão com a equipe sobre o diagnóstico situacional da área de abrangência, identificamos os problemas listados a seguir.

- Vulnerabilidade social.
- Baixo recurso financeiro para o investimento na saúde.
- Dificuldade em atenção secundária na saúde.
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.
- Alto número de pacientes idosos.
- Deficiência de equipamentos para apoio diagnóstico.
- Ausência de referência e contrarreferência.
- Falta de seguimento das doenças crônicas.
- Dificuldade em encaminhamento de paciente graves.
- Grande quantidade de renovação de receita sem atendimento.
- Atendimentos a livre demanda.
- Ausência de prontuário único e eletrônico.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A priorização dos problemas refere-se a identificar quais problemas são mais urgentes de possíveis intervenções na Unidade de Saúde e tem sua importância devido a sua capacidade de enfrentamento, ou seja, se a Unidade e a equipe são capazes de intervir positivamente nos problemas. Dessa forma, foi elaborado o quadro abaixo, abordando a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à UBS.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Vinícius de Moraes, município de Planura, estado de Minas Gerais.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Ausência de referência e contrarreferência | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Falta de seguimento das doenças crônicas | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Dificuldade em atenção secundária na saúde | Alta | 7 | Fora | 2 |
| Baixo recurso financeiro para o investimento na saúde | Alta | 5 | Fora | 3 |
| Vulnerabilidade social | Média | 3 | Fora | 4 |

Fonte: O autor (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O quadro 1 resume o grau de urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe da Unidade de Saúde frente a cada um dos problemas encontrados pela equipe durante o diagnóstico situacional no município. Foram evidenciadas mais do que cinco problemas, porém foram escolhidos os cinco principais, que consideramos de maior urgência para resolução, escalando em um sistema de pontos. Na discussão o principal ponto é a desorganização estrutural dos atendimentos, dentro dele podemos encontrar a questão de possuímos prontuários mistos, a ausência de referência e contrarreferência municipal, desvalorização da referência e contrarreferência intermunicipal e uma agenda a livre demanda. Acreditamos que se trata de um tema de importante relevância para saúde pública da comunidade, uma vez que foi verificado nunca antes ter havido um guia ou sistema de referência e contrarreferência no município, sendo assim, decidimos abordar este assunto.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar essa proposta vem da necessidade da estruturação e organização do atendimento na atenção básica no município de Planura, pois através da troca de informação entre os diferentes níveis de assistência à saúde e até mesmo entre o mesmo nível, é possível criar um ambiente onde tenha uma visão holística do paciente, tendo a sua base na atenção primária, diminuindo encaminhamentos, ajudando no seguimento deste paciente, adesão ao tratamento, e diminuição de gastos.

Trata-se de um assunto que tem uma relação direta com a saúde pública da comunidade, de maneira da melhorá-la diretamente, individual e coletivamente, além de otimizar os gastos públicos neste setor, focando na atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria do fluxo de referência e contrarreferência da ESF Vinícius de Moraes, no município de Planura, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Organizar o acesso a todos pacientes que necessitarem de atendimento às unidades de referências.

Melhorar a comunicação direta entre as unidades de referência e contrarreferência para garantir um atendimento de qualidade nesta última citada.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica na literatura nas fontes: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Nesta busca bibliográfica foram utilizados os descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Encaminhamento e Consulta; Protocolos Clínicos para fundamentar o plano de ação desenvolvido, de modo a termos evidências daquilo que já foi desenvolvido e obtido êxito.

Um dos pontos base deste trabalho foi a utilização do método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que se refere a um método atuante por meio da identificação de problemas que afetam determinadas comunidades e são mal estruturados, necessitando de intervenção. O PES possui quatro momentos, os quais são: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

A determinação dos problemas foi feita mediante Estimativa Rápida Participativa, assim como a avaliação da urgência, prioridade, capacidade de enfrentamento e priorização. Todos esses aspectos foram desenvolvidos por meio de toda a equipe de saúde da ESF Vinícius de Moraes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

A ESF tem como propósito contribuir na organização do (SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Apesar da ESF ter sido criada em 1994, na verdade, somente entra condições de crescimento qualitativo e quantitativo, mais precisamente em 1998. A mesma surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que, a estrutura clássica (UBS não estava atendendo integralmente à necessidade da população. Está inserida em um contexto de decisão, político e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS (BARROS, 2014).

De acordo com Barros (2014, p.8):

A ESF tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, a atenção deve estar focalizada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que a intervenção deve ir além das práticas curativas.

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2020).

5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

O conceito de resolutividade tem sinonímia com o ato de solucionar, dar solução a algo. Portanto, nos serviços de saúde a resolutividade é a forma de avaliar esses serviços por meio dos resultados obtidos durante o atendimento ofertado ao usuário (D'ÁGUIAR, 2001).

Atualmente, com a proposta do modelo Integral à Saúde, o conceito de resolutividade extrapola essa ideia e possui outras dimensões. Uma delas refere-se à medida de efetividade do serviço, ou seja, relaciona-se a um impacto real ou potencial de uma ação, tendo como componentes dois indicadores: a integralidade do serviço e o acesso universal. (D'ÁGUIAR, 2001).

Supõe-se que algumas disparidades em interações passíveis de serem resolvidas na APS, apontadas em alguns estudos, podem sinalizar para uma inadequação na estrutura do serviço e assistência prestada às reais demandas e necessidades de determinada comunidade (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

5.3 Referência e Contrarreferência

Nesse sentido, apresentam-se inúmeras dificuldades estruturais e organizacionais no cotidiano dos serviços que conduzem a um menor impacto positivo à saúde da comunidade em relação ao que é esperado do modelo proposto, tais como: baixa qualificação profissional; alta rotatividade de profissionais; obstáculos na referência e contra referência aos serviços de níveis secundários e terciários; suprimentos disponíveis de forma irregular, devido a, por exemplo, excesso de burocracia para sua

aquisição, modelo ainda centrado na medicalização; financiamento insuficiente e excesso de demanda espontânea, devido a falhas na organização da assistência e à expansão do acesso. A ampliação do acesso oportunizou atendimento a uma demanda reprimida que existia antes da inserção do atendimento universal territorializado. Esses fatores interferem na organização e planejamento de ações programáticas, como as práticas preventivas e promotoras de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2010; CAVALCANTI, 2009; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2006; GOUVEIA *et al.*, 2009).

O sistema articulado de referência para consultas especializadas ou para outros serviços de maior complexidade foi incorporado à Estratégia de Saúde da Família para garantir um atendimento integral e resolutivo aos usuários. Para que ele se efetive, é necessário que haja uma rede sistematizada e articulada com fluxo nos dois sentidos, além de troca de informações clínicas entre os profissionais dos diferentes níveis de assistência, proporcionando continuidade da atenção (D'AGUIAR, 2001).

De acordo com a lei 8.142, os serviços públicos e privados, contratados ou conveniados pelo SUS, devem ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência (PENA *et al.*, 2007). Porém, o que se observa no atual sistema, principalmente nos municípios de pequeno porte, é a oferta de uma rede assistencial fragmentada, desarticulada e mal distribuída (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Conseqüentemente, problemas relacionados a aspectos organizacionais e de gestão do sistema podem ser encontrados, tais como: dificuldades para referenciar usuários para os demais níveis de atenção; processos de planejamento e programação pouco institucionalizados, sobrecarga das ESF, baixa capacitação profissional e oferta insuficiente de atenção especializada – o que produz filas de espera para atendimento especializado ou hospitalar – e pouca governabilidade dos serviços especializados que estão sob a gestão estadual (REZENDE, 2010).

A limitação da rede de referência deve ser objeto de reflexão, pois conduz a práticas assistenciais limitadas, com pouca comunicação entre si e com custos sociais para a população. Os avanços do SUS requerem a superação da questão local regional, com

maior articulação e oferta de serviços (CAVALCANTI, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

O elevado número de pessoas atendidas, a imprevisibilidade dos atendimentos, a área física reduzida, entre outros fatores, faz com que os serviços de urgência e emergência se tornem locais com extrema dificuldade para a organização do trabalho (SHIROMA; PIRES, 2011). Sabe-se que esses serviços são caracterizados pelo atendimento a pacientes que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso. E, de acordo com o artigo nº196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde é direito de todos, cabendo ao estado o dever de garantir as melhores respostas aos cidadãos em matéria de saúde. Nesse sentido, percebe-se que para que a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) se torne possível, é necessário que ocorra o referenciamento dos usuários nos seus diversos níveis de atenção à saúde (ALVES *et al.*, 2020).

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011).

A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável (ALVES *et al.*, 2020). Esse sistema vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI 2008). Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas (ALVES *et al.*, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O primeiro e o segundo passo do plano de intervenção foram descritos anteriormente no item 1. Introdução, onde foi apresentada a explicação e quais os critérios utilizados para seleção dos nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A ausência das guias de referência/contrarreferência no município de Planura causa o prejuízo em seguimentos, múltiplos encaminhamentos para a mesma especialidade, perda de tratamentos, má adesão ao tratamento. De todas referências feitas, nenhuma volta com guia de contrarreferência, pois esta guia não é obrigatória, não é exigida e os prejudicados acabam repercutindo tanto para os pacientes quanto para o município.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Atualmente o encaminhamento é feito pelo médico em uma guia de tres vias, uma via vai para o tratamento fora do domicilio (TFD), outra para o paciente e a outra para controle da ambulância, portanto nenhum encaminhamento com as referências do paciente chega ao médico atendente, logo ele não vê a necessidade de responder algo que ele nem sabe da existência, ou lhe é cobrado. Assim, quando este paciente retorna a consulta na unidade básica ele não sabe informar se tem retorno, se foi encaminhado para outro especialista, se foi solicitado algum exame, então se ele ficou aguardando 30 a 90 dias aquela consulta ele volta com nada em mãos, tempo e dinheiro é perdido.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após a análise situacional e melhor detalhamento do problema priorizado, foram identificados os principais nós críticos.

- Desvalorização do uso das guias de referência e contrarreferência. (nó crítico1).
- Uso incorreto de guia de referência e contrarreferência (nó crítico 2).

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

O desenho das operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, no município de Planura, estado de Minas Gerais, estão detalhadas nos quadros a seguir:

Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desvalorização do uso das guias de referência e contrarreferência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, do município de Planura, estado de Minas Gerais.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Desvalorização do uso das guias de referência e contrarreferência |
| 6º passo. Operação (operações) | Conscientização dos profissionais da área da saúde no município sobre a importância do uso das guias de referência e contrarreferência. |
| 6º passo. Projeto | Reunir os profissionais da saúde do município e apresentá-los a guia de referência e contrarreferência criada e demonstrar e informar a importância e a necessidade de organizar e utilizá-las. |
| 6º passo. Resultados esperados | Conscientização da necessidade do uso das guias de referência e Contrarreferência. |
| 6º passo. Produtos esperados | adesão dos médicos no preenchimento da guia de referência e contrarreferência |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz Financeiro: Dinheiro para custear a impressão das guias e folders. Político: Articulação com a gestão municipal para criar a reunião com os funcionários da saúde do município, e a necessidade da utilização das guias de referência e contrarreferência. |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz. Político: Articulação com a gestão municipal para criar a reunião com os funcionários da saúde do município, e a necessidade da utilização das guias de referência e contrarreferência. Financeiro: Financiamento para impressão e manutenção das guias de referência e contrarreferência. |

| | |
|--|---|
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Responsável: Gestor da atenção básica; secretaria de saúde; gerente da ESF. |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo | Gestor da atenção básica; secretaria de saúde; gerente da ESF. 60-90 dias. |
| 10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações | Reunião com a secretaria de saúde para determine a obrigatoriedade da utilização das guias nos encaminhamentos. |

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso incorreto de guia de referência e contrarreferência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vinícius de Moraes, do município de Planura, estado de Minas Gerais.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 2 | Uso incorreto de guia de referência e contrarreferência |
| 6º passo. Operação (operações) | Criar uma guia de referência e contrarreferência que sirva no âmbito municipal. |
| 6º passo. Projeto | Organização e aplicação da guia de referência e contrarreferência no município de Planura. |
| 6º passo. Resultados esperados | Estruturação e Organização dos encaminhamentos e atendimentos |
| 6º passo. Produtos esperados | Guia municipal funcional. |
| 6º passo. Recursos necessários | Estrutural: Tempo e espaço para estruturar a guia de referência e contrarreferência; material para que haja impressão das guias para as ESF's e Unidade Mista Hospitalar; |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar a guia da forma mais abrangente e eficaz |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Financeiro: Dinheiro para custear a impressão das guias. Responsáveis: Gestor da atenção básica; secretaria de saúde; gerente da ESF. |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. | Político: Articulação com a gestão municipal para que haja adesão pelos médicos de diferentes níveis ao esquema de referência e contrarreferência no fluxo, e para que haja incentivo |

| | |
|--|---|
| Responsável (eis) e prazo | verbal e financeiro por parte da Secretaria Municipal para mantê-las, além de um sinergismo de comunicação que melhore o atendimento à população e o trabalho entre os profissionais. |
| 10º passo. Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações | 60-90 dias. Reunião das equipes das ESF's para conscientização da utilização das guias. |

Fonte: Aatoria Própria (2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo serviço de saúde deve ser realizado dentro de procedimentos padronizados, de modo que isso permita a diferentes profissionais prestarem um mesmo serviço com a mesma qualidade. A troca de informações entre os profissionais médicos, desde o clínico geral na atenção primária e o especialista que recebe o paciente referenciado deve ocorrer de maneira ativa e o contrarreferenciamento padronizado tem por objetivo principal garantir não só uma boa comunicação, mas que esta contenha todas as informações necessárias para ambos os médicos atuarem, garantindo assim um atendimento integral e seguro ao paciente.

Portanto, este trabalho atua como um guia de referência/contrarreferência que uma vez aplicado, pode contribuir para um trabalho mais organizado entre os profissionais médicos e conseqüentemente um atendimento com mais qualidade e segurança para os pacientes que necessitarem.

8. REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. M, *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais, Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais. UFVJM*, v. 25.4 p.7 , 2015. Disponível em <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>>. Acesso em 06 abr. 2020.

BARROS, C. I. A importância da estratégia de saúde da família. Teófilo Otoni. 2014. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>. Acesso em 08 set. 2020.

BORGES, C. F.; BATISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Rev. Trabalho Educação Saúde**, v. 8, n. 1, p. 27-53, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011. Disponível em https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em 08 set. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em 08 set. 2020.

BRASIL. **IBGE**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/planura/panorama>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **EGESTORAB**. 2020 Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. 2020. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em 02 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIOP**. 2015 Disponível em: http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/siops_indic/municipio/anual/pagomg.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, F. C. C. D; FARIA, H. P. D; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018 p. 6-114.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamman. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl 1), 1336-1345, 2009.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001, 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4648>>. Acesso em 08 set. 2020.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatoriais, no período de 1999-2004. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, 2008.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Rev. Ciência Cuidado e Saúde**. v. 1, n. 7, 2008.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados a diferenças regionais. **Rev. Brasileira Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281-96, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 11 set. 2020.

PENA, C. M.; BRITO, M. J. M; PORTO, F. Equidade e Resolutividade: Da Teoria à Construção do Cotidiano de Profissionais de Saúde. Um estudo compreensivo. **Rev. Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 3, 2007.

PLANURA. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SMS. Fundo municipal de saúde de Planura – FMS. 2018. **Plano Municipal de Saúde de Planura – Minas Gerais 2018-2021**. Planura: SMS. Disponível em <https://planura.mg.gov.br/?page_id=2918>. Acesso em 08 set. 2020.

REZENDE, A. V. A Resolutividade da Atenção Básica: Uma Revisão de Literatura. Belo Horizonte, 2010. Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Resolutividade_aten%C3%A7ao_basica.pdf. Acesso em 08 set. 2020.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl 01), p. 1336-1345), 2009.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**. v. 1, n. 2, p. 14-7, 2011.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência saúde coletiva**. vol.14 supl.1. Sept./Oct. 2009.